

University of Groningen

ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle

Hoekstra, Femke

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2017

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hoekstra, F. (2017). *ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle: An implementation-study on physical activity promotion in rehabilitation care*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Appendices

Nederlandse samenvatting

Dit proefschrift beschrijft de adoptie, implementatie en continuering van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen in de Nederlandse revalidatiezorg. Er wordt inzicht verkregen in de manier waarop het programma landelijk geïmplementeerd is, de daarbij ervaren bevorderende en belemmerende factoren en relevante uitkomsten op patiënt-niveau. Tot slot worden ook voorbeelden gegeven van verschillende aanpakken van landelijke overheden om sport en bewegen te stimuleren bij mensen een beperking.

Inleiding

Een inactieve leefstijl gaat gepaard met vele gezondheidsrisico's. Daarnaast is veelvuldig aangetoond dat een actieve leefstijl juist vele gezondheidsvoordelen met zich meebrengt en de risico's op secundaire gezondheidsproblemen aanzienlijk kan verminderen. Dit geldt ook, en misschien nog wel meer, voor mensen met een lichamelijke beperking of chronische aandoening. Helaas zien we dat mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening structureel minder bewegen of sporten dan mensen zonder beperking of aandoening. Het is daarom van groot belang om een actieve leefstijl bij deze groep te stimuleren. Eerder onderzoek¹ heeft aangetoond dat het stimuleren van een actieve leefstijl tijdens en na revalidatie bij deze groep effectief is. Op basis van deze positieve resultaten is het landelijke bewegingsstimuleringsprogramma Revalidatie, Sport en Bewegen ontwikkeld.

Voor de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), als onderdeel van het gehandicaptensportbeleid, financiële ondersteuning beschikbaar gesteld. Hiervoor hebben 18 revalidatiecentra en ziekenhuizen financiële en inhoudelijke ondersteuning ontvangen om het programma Revalidatie, Sport en Bewegen in hun dagelijkse praktijk te implementeren. De onderzoeksgroep ReSpAct² heeft dit proces op een systematische wijze gemonitord en geëvalueerd gedurende een periode van drie jaar (2013 – 2015).

¹ Proefschrift van Hidde van der Ploeg (2005). Promoting physical activity in the rehabilitation setting. Ponsen and Looijen: Wageningen Academic Publishers

² ReSpAct staat voor Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl (www.respect.nl). ReSpAct is een landelijk multicenter cohort studie naar het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (*hoofdstuk 2*)

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is een wetenschappelijk gefundeerd programma met het doel om een actieve leefstijl te stimuleren bij mensen met een lichamelijke beperking of chronische aandoening tijdens én in de periode na revalidatie. Als onderdeel van het programma komen patiënten tijdens hun revalidatiebehandeling in contact met verschillende sport- en beweegactiviteiten met als doel om te ervaren en te ontdekken waar hun beweeginteresses liggen. Na afloop van de revalidatie worden patiënten verder begeleid om de actieve leefstijl thuis voort te zetten. Deze begeleiding bestaat uit verschillende gesprekken met een sport- en beweegconsulent van het Sportloket³. In deze gesprekken staat het realiseren van een gedragsverandering ten aanzien van een actieve leefstijl bij de patiënt centraal. Hiervoor passen consulenten Motivational Interviewing toe. De kernonderdelen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen zijn:

- 1) Een intakegesprek over sport en bewegen tijdens revalidatie
- 2) Sport- en beweegactiviteiten tijdens de revalidatie
- 3) Een doorverwijzing naar het Sportloket
- 4) Een persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket aan het einde van de revalidatiebehandeling
- 5) Telefonische counseling vanuit het Sportloket na revalidatie
- 6) Samenwerking tussen het Sportloket en het sport- en beweegnetwerk in de omgeving.

Onderzoeksopzet (*hoofdstuk 2*)

Om het implementatieproces van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen te monitoren en evalueren, zijn data verzameld op verschillende momenten in de tijd en is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksinstrumenten (kwantitatieve en kwalitatieve methodes). Zo hebben de betrokken professionals (managers, projectleiders, sport- en beweegconsulenten en revalidatieartsen) van de deelnemende revalidatiecentra (n=12) en ziekenhuizen (n=6) gedurende de programmaperiode jaarlijks een vragenlijst

³ Het Sportloket wordt ook wel Beweegloket genoemd. Het is een ruimte in het revalidatiecentrum of ziekenhuis waarvandaan patiënten begeleid worden om hun actieve leefstijl thuis voort te zetten. Het Sportloket wordt bemand door één of meerdere sport- en beweegconsulenten. In deze samenvatting worden de sport- en beweegconsulenten ook wel consulenten genoemd.

ingevuld. De startmeting (T0) vond plaats in april 2013, de tussenmeting (T1) in juni 2014 en de eindmeting (T2) in september 2015. Ook zijn er diverse interviews afgenomen met betrokken professionals. Daarnaast zijn alle deelnemers (n=5873) aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen geregistreerd in een online registratietool. Een deel van deze groep patiënten (n=1719) heeft ook meegedaan aan de ReSpAct-studie en als onderdeel daarvan op verschillende momenten in de tijd een vragenlijst ingevuld over hun beweeggedrag en daarmee samenhangende factoren. Fguur A.1 geeft een overzicht van alle partijen, professionals en patiënten die betrokken zijn geweest bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

Het theoretische kader (*hoofdstuk 1 en 2*)

De landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is beschreven en geëvalueerd aan de hand van een theoretisch kader⁴. Op basis van dit theoretische kader kunnen drie fases in de uitrol van het programma worden onderscheiden:

- Adoptie
- Implementatie
- Continuering⁵

Bij elke fase van dit proces kunnen verschillende uitkomstenmaten worden onderscheiden: werving, kwaliteit, dosis, bereik, tevredenheid en behoud. Daarnaast wordt het proces beïnvloed door verschillende factoren (determinanten). Deze determinanten kunnen ingedeeld worden in de volgende groepen⁶:

- Kenmerken van de sociaal-politieke omgeving
- Kenmerken van de revalidatie-instelling
- Kenmerken van de professional (gebruiker)
- Kenmerken van het programma
- Kenmerken van de patiënt

⁴ Het theoretische kader van Wierenga *et al.* (2013) is in deze studie als leidraad gebruikt. Dit theoretisch kader is gebaseerd op verschillende veelgebruikte internationale theorieën en modellen.

⁵ In dit proefschrift is de continuering gedefinieerd als de continuering of voortzetting van het programma na de subsidieperiode (na december 2015). De continuering wordt ook wel voortzetting of borging genoemd.

⁶ Deze indeling is gebaseerd op de literatuur van Fleuren *et al.* (2004).

“Revalidatie, Sport en Bewegen” (2013 – 2015)

Stakeholders

Overheid

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Programma coördinatoren

- Stichting Onbeperkt Sportief⁷

Onderzoekers

- ReSpAct onderzoeksgroep

Revalidatiezorg

- 18 organisaties ontvingen ondersteuning
 - 12 revalidatiecentra
 - 6 revalidatieafdelingen in ziekenhuizen
- 26 “sportloketten”

Professionals

- ± 70 betrokken professionals
 - Respons op de vragenlijsten:
 - T0 (2013): n=71/74
 - T1 (2014): n=65/79
 - T2 (2015): n=73/87

Patiënten

- 5873 patiënten hebben deelgenomen aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen
- 1719 patiënten hebben deelgenomen aan de ReSpAct-studie

Figuur A.1

Een overzicht van alle partijen, professionals en patiënten die betrokken zijn geweest bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

⁷ Vanaf januari 2016 is Stichting Onbeperkt Sportief onderdeel van het Kenniscentrum Sport en Stichting Special Heroes Nederland.

De adoptie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (*hoofdstuk 2 en 3*)

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is ingevoerd in 18 organisaties bestaande uit 12 revalidatiecentra en 6 revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. De werving en inclusie van de organisaties is gedaan op basis van de ambitieniveaus van de organisaties en de geografische verspreiding door het land (*hoofdstuk 2*). Alle deelnemende organisaties hebben een overeenkomst ondertekend waarin zij aangeven dat ze bereid zijn om het programma Revalidatie, Sport en Bewegen te continueren na de subsidieperiode. Het ondertekenen van deze overeenkomst was voor de betreffende organisatie de theoretische start van de implementatie fase.

De implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

De start van de implementatie (*hoofdstuk 3*)

De beginsituatie van de deelnemende organisaties omtrent het integreren van (het stimuleren van) sport en bewegen in de revalidatie, is in kaart gebracht aan de hand van twee procesuitkomstmaten: kwaliteit en tevredenheid. Data zijn verzameld aan de hand van een vragenlijst die is ingevuld door een heterogene groep professionals (n=71) die betrokken was bij het implementeren van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. De resultaten rond de uitkomstmaat 'kwaliteit' lieten zien dat in de meeste organisaties sport en bewegen al in een bepaalde mate geïntegreerd was in de revalidatiezorg. Het stimuleren van een actieve leefstijl na revalidatie was, daarentegen, meestal geen vast onderdeel van de revalidatiebehandeling. Wel waren er grote verschillen in de beginsituatie tussen de deelnemende organisaties. De resultaten van de uitkomstmaat 'tevredenheid' lieten een meer eenduidig beeld zien waarbij alle betrokken professionals (managers, revalidatieartsen, projectleiders, consultants) zeer positief waren over de inhoud van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. De resultaten van de beginsituatie van de deelnemende organisaties geven het belang aan om specifiek te richten op het integreren van bewegingsstimuleringsactiviteiten in de dagelijkse routine van de revalidatiepraktijk (m.a.w. de borging van het programma).

Bevorderende en belemmerende factoren (*hoofdstuk 4*)

Om inzicht te krijgen in de ervaren bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van een bewegingsstimuleringsprogramma, zoals Revalidatie, Sport en Bewegen, zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij een diverse groep professionals (n=28) die werkzaam zijn in de revalidatiezorg. Ook zijn er enkele programma coördinatoren (n=2) geïnterviewd. Tijdens het implementatieproces ervoeren professionals veel verschillende bevorderende en belemmerende factoren. Voorbeelden van vaak genoemde bevorderende factoren zijn: betrokkenheid van enthousiaste professionals, de overeenstemming tussen het programmadoel en de visie van de organisatie, de meerwaarde van het programma en de mogelijkheden om kennis en ervaringen te delen met professionals van andere organisaties. Voorbeelden van vaak genoemde belemmerende factoren zijn: de onzekerheid over de continuering van het programma, de beperkte flexibiliteit in de uitvoering van het programma en het gebrek aan ondersteuning van artsen en therapeuten om het programma te implementeren.

De procesuitkomstmaten (*hoofdstuk 5 en 6*)

Een belangrijk onderdeel van de implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is het opzetten van een Sportloket, waarvanuit patiënten begeleid worden om een actieve leefstijl na revalidatie voort te zetten. Omdat deze begeleiding (counseling) na revalidatie een essentieel onderdeel is van het programma, is de procesevaluatie uit *hoofdstuk 5* primair gericht op het functioneren van de Sportloketten aan de hand van drie procesuitkomstmaten: bereik, dosis en tevredenheid. De uitkomstmaat 'kwaliteit' was daarentegen gericht op de zes eerder genoemde kernonderdelen van het programma.

Prospectieve data zijn verzameld op het niveau van de organisatie (professional) en de patiënt met behulp van verschillende onderzoeksinstrumenten (vragenlijsten, registratiesysteem en logboeken).

Bereik

Aan het einde van de programmaperiode (December 2015) waren 26 Sportloketten opgezet door de deelnemende organisaties (n=18). Circa 80 professionals (revalidatieartsen, managers, projectleiders, consultants) waren actief betrokken bij de implementatie van het programma. In totaal hebben 5873 (92% volwassenen) patiënten deelgenomen aan het programma

Revalidatie, Sport en Bewegen. In 15 van de 18 organisaties (83%) was evenwel een afname te zien in het aantal deelnemende patiënten aan het einde van de programmaperiode.

Dosis

De 'dosis' uitkomstmaat was bepaald aan de hand van de gegevens die verzameld zijn bij de patiënten die ook deelnamen aan de ReSpAct-studie (n=1719). Hierbij werd inzicht gekregen in: 1) het percentage patiënten dat is doorverwezen naar een sport- of beweegactiviteit in de omgeving, en 2) het aantal ontvangen contactmomenten tussen patiënt en consulent. De resultaten lieten zien dat 1344 patiënten (78.2%) tijdens het persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket zijn doorverwezen naar een sport- of beweegactiviteit in de omgeving. Er was een grote variatie in het totaal aantal contactmomenten (telefoon en e-mail) dat patiënten hebben ontvangen als onderdeel van de counseling (0 contacten: n=240, 14.0%; 1 – 3 contacten: n=965, 56.1%, 4 of meer contacten: n=514, 29.9%).

Tevredenheid

Professionals zijn en blijven gedurende de hele programmaperiode erg positief over het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Dit blijkt uit de hoge gemiddelde scores die verkregen zijn op een 10-puntsschaal (T0: 8.1 ± 0.7 ; T1: 8.0 ± 1.2 ; T2: 8.3 ± 0.9). Ook patiënten beoordeelden het persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket met een 8.1 ± 1.3 (n = 1319) en de ontvangen counseling met een 8.0 ± 1.6 (n = 672). Deze cijfers geven aan dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn met de ontvangen begeleiding vanuit het Sportloket.

Kwaliteit

De 'kwaliteit' uitkomstmaat is gedefinieerd als de mate waarin de zes kernonderdelen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen geïmplementeerd zijn als een vast onderdeel van de poliklinische revalidatiebehandeling. *Hoofdstuk 6* geeft inzicht in de heterogeniteit van de kwaliteit van de implementatie van het programma over de tijd aan de hand van het identificeren en beschrijven van verschillende implementatietrajecten.

Met behulp van hiërarchische clusteranalyse⁸ zijn drie verschillende implementatietrajecten geïdentificeerd: ‘stabiel hoog’ (n=9), ‘matig en toenemend’ (n=6) en ‘instabiel’ (n=2). De twee grootste clusters van organisaties zijn verder beschreven aan de hand van verschillen in kenmerken van de organisaties en professionals. Het ‘stabiel hoge’ implementatietraject bestond vooral uit kleine organisaties met een relatief hoge beginsituatie. Deze groep organisaties kenmerkt zich door hun uitgesproken visie omtrent het implementatieproces, de actieve betrokkenheid van revalidatieartsen en een relatief hoge kwaliteit van de implementatie over de tijd. Het ‘matig en toenemende’ implementatietraject bestond vooral uit grote organisaties met een relatief lage beginsituatie. Deze groep organisaties kenmerkt zich door een implementatiestrategie die vooral gefocust is op de implementatie van de kernonderdelen van het programma, de beperkte betrokkenheid van revalidatieartsen en een kostenefficiënt implementatietraject. Opvallend was dat deze implementatietrajecten, geconstrueerd op organisatieniveau, geen verschillen lieten zien in relevante uitkomstmaten op patiënt-niveau (verandering in beweeggedrag). Dit kan er op wijzen dat een effectief en kwalitatief-hoog implementatietraject afhankelijk is van de lokale omstandigheden van de betreffende organisatie. Zo laten de resultaten van deze studie zien dat het bereiken van een kwalitatief hoog implementatie-niveau vraagt om een goede omgang met spanningsvelden: het realiseren van een verandervisie waarbij de kernonderdelen van het programma voldoende gewaarborgd worden en het realiseren van structurele betrokkenheid van revalidatieartsen, ondanks de schaarste in tijd en middelen. Bij het opschalen van landelijke programma’s, stellen wij voor om de omgang met de betreffende spanningsvelden aan te passen aan de beginsituatie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de lokale organisatorische omstandigheden.

De implementatiestrategie (hoofdstuk 5 en 6)

Bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is gebruik gemaakt van een implementatiestrategie bestaande uit de volgende onderdelen:

⁸ Een hiërarchische clusteranalyse is een analysetechniek die is toegepast om clusters/groepen van organisaties te identificeren met een minimale variatie binnen het cluster en een maximale variatie tussen de clusters in de implementatie-uitkomstmaat op de verschillende meetmomenten.

- Financiële ondersteuning
- Landelijke en regionale bijeenkomsten met betrokken professionals
- Inhoudelijke ondersteuning en bezoeken van de programma coördinatoren
- Promotie materiaal en ondersteunende middelen
- Scholingsactiviteiten in Motivational Interviewing
- Feedback op projectplannen, jaarplannen en jaarverslagen

Professionals waren over het algemeen erg tevreden over de ondersteuning die zij hebben ontvangen bij de implementatie van het programma. 45% van de professionals gaf aan dat de *financiële ondersteuning* een essentieel onderdeel was voor een succesvol implementatieproces. Daarnaast bleek dat de *scholing in Motivational Interviewing* (78%) en de *inhoudelijke ondersteuning van de programma coördinatoren* (88%) belangrijk of essentieel waren voor een succesvol implementatieproces. In toekomstige landelijke implementatieprocessen raden wij aan om de ondersteuning aan organisaties meer op maat aan te bieden waarbij rekening gehouden wordt met de beginsituatie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de huidige lokale omstandigheden.

Profielen van programmakenmerken en de korte termijn patiënt-uitkomstmaten (*hoofdstuk 5*)

Met behulp van latente klasse analyses⁹ zijn patiëntprofielen samengesteld op basis van kenmerken van de ontvangen counseling (o.a. aantal en vorm van de contacten). De volgende vier profielen zijn samengesteld:

- 1) Een “licht intensief counseling” profiel, bestaande uit 841 patiënten (48.5%)
- 2) Een “telefonische counseling” profiel, bestaande uit 749 patiënten (43.5%)
- 3) Een “counseling volgens de richtlijn” profiel, bestaande uit 113 patiënten (7%)
- 4) Een “zeer intensief counseling” profiel, bestaande uit 16 patiënten (1%)

Multilevel analyses lieten geen relevante verschillen zien tussen de profielen in de verandering in het sport- en beweeggedrag van de patiënten tijdens en direct

⁹ Latente klasse analyse is een type clusteranalyse die is gebruikt om profielen te construeren waarbij patiënten binnen elk profiel zo vergelijkbaar mogelijk zijn op het gebied van de ontvangen begeleiding, maar zo verschillend mogelijk van patiënten uit de andere profielen.

na revalidatie (14 weken na ontslag). Het valt wel op dat binnen elk profiel grote variatie te zien is in (de verandering van) het beweeggedrag van patiënten.

Hoewel er grote verschillen waren in de daadwerkelijk ontvangen counseling, lijken deze verschillen niet samen te hangen met de verandering in het beweeggedrag en/of andere relevante patiëntkenmerken op de korte termijn. Dit zou in de toekomst mogelijkheden kunnen geven om de counseling na revalidatie bij mensen met een beperking verder te optimaliseren. Deze studie demonstreert de bruikbaarheid van een innovatieve aanpak om kenmerken van de heterogeniteit in het implementatieproces (bijv. profielen van ontvangen counseling) te relateren aan relevante uitkomstmaten op patiënt-niveau (bijv. beweeggedrag).

De continuering van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (hoofdstuk 3 en 5)

Behoud

In 16 van de 18 instellingen (89%) is het programma Revalidatie, Sport en Bewegen na de subsidieperiode (januari 2016) gecontinueerd middels een formeel lidmaatschap van Revalidatie, Sport en Bewegen. Ook in de periode daarna is de uitrol van het programma doorgegaan: vijf maanden na de subsidieperiode is het aantal Sportloketten toegenomen van 26 naar 34.

Aanbevelingen voor de toekomst

Op basis van de ervaringen van de betrokken professionals (hoofdstuk 4), zijn drie aanbevelingen geformuleerd om de inbedding van activiteiten om sport en bewegen te stimuleren tijdens en na de revalidatie verder te verbeteren:

- 1) maak gebruik van kernonderdelen van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak en pas deze aan de lokale multidisciplinaire context aan
- 2) creëer 'lokaal eigenaarschap' door betrokken en enthousiaste professional(s) te selecteren en hen de verantwoordelijkheid te geven voor de implementatie en borging van sport- en beweegactiviteiten in de revalidatie
- 3) creëer 'landelijk eigenaarschap' door een stichting, organisatie of een groep professionals te selecteren en hen de verantwoordelijkheid te geven om een landelijke samenwerking tussen organisaties op te zetten en voort te zetten. Op deze manier kunnen toekomstige belemmeringen met betrekking tot de inbedding van sport en bewegen in de revalidatie gezamenlijk overwonnen worden.

Landelijke aanpakken om sport en bewegen te stimuleren bij mensen met een beperking (hoofdstuk 7)

Hoofdstuk 7 beschrijft hoe de Nederlandse en de Canadese landelijke overheden (top)sport en bewegen stimuleren bij volwassenen met een beperking. Een internet-onderzoek is uitgevoerd om de relevante informatie te verzamelen over beide overheidsbenaderingen. De Nederlandse en Canadese overheden stimuleren en faciliteren topsport bij mensen met een beperking op een vergelijkbare wijze. Het stimuleren van bewegen en sport op recreatief niveau verschilt tussen beide landen. De Nederlandse benadering kenmerkt zich door de uitvoering van tijdsgebonden programma's gericht op de verbetering van de sportinfrastructuur en samenwerkingsverbanden waarbij de verantwoordelijkheden vooral bij de lokale/gemeentelijke overheden liggen. In Canada, daarentegen, zijn deze verantwoordelijkheden en taken bij provinciale overheden vastgelegd in de vorm van doorlopende overeenkomsten tussen de landelijke en provinciale overheid. Daarnaast valt het op dat de mate waarin gehandicaptensport geïntegreerd is in het reguliere sportaanbod tussen beide landen verschilt. De bevindingen van dit onderzoek kunnen gebruikt worden als inspiratiebron voor het opstellen of optimaliseren van het gehandicaptensportbeleid in vele andere landen. Toekomstige internationale samenwerkingsverbanden zijn nodig om kennis te ontwikkelen en te delen over effectieve landelijke aanpakken om sport en bewegen te stimuleren bij mensen met een beperking.

Discussie van de bevindingen (hoofdstuk 8)

Dit proefschrift laat veelbelovende resultaten zien van de continuering van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen na de subsidieperiode: bijna alle revalidatie-instellingen hebben het programma gecontinueerd in hun instelling en het aantal Sportloketten is verder uitgebreid. De succesvolle continuering van het programma is mogelijk te verklaren door 1) het gebruik van een intensieve, goed voorbereide en veelzijdige implementatiestrategie (o.a. financiële vergoeding, scholingsactiviteiten, bijeenkomsten, persoonlijke adviezen) die aangrijpt op verschillende implementatie determinanten (o.a. financiën, tijd, kennis en vaardigheden, motivatie, cultuur) en 2) door de heldere taakverdeling en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen (VWS, programma coördinatoren, professionals, onderzoekers).

Daarnaast zijn de korte-termijn uitkomsten op patiënt-niveau tegenstrijdig: sport participatie neemt toe, maar het totale beweeggedrag neemt af na revalidatie (*hoofdstuk 5*). Hoewel deze afname in het beweeggedrag niet wenselijk is, hoeft het op dit moment (nog) niet een zorgwekkende ontwikkeling te zijn. Allereerst valt het op dat er zeer grote variatie is in (de verandering van) het beweeggedrag tussen patiënten. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de deelnemende patiënten aan de ReSpAct-studie tijdens hun revalidatiebehandeling (eerste meetmoment) al relatief veel bewegen. Het is de vraag in hoeverre het haalbaar is voor deze patiënten om dit relatief hoge activiteitsniveau thuis vol te houden. Tot slot zijn in dit proefschrift alleen de uitkomsten op korte termijn gepresenteerd, welke gemeten zijn tijdens één van de meest dynamische periodes uit het leven van patiënten, namelijk tijdens en direct na een (intensieve) revalidatiebehandeling. Als patiënten eenmaal weer meer gewend zijn aan hun nieuwe leefwijze thuis, is het aannemelijk dat het beweeggedrag op de langere termijn stabiliseert en/of opnieuw toeneemt.

Tegelijkertijd benadrukken deze resultaten des te meer het belang om patiënten ook na afloop van de revalidatie zo goed mogelijk te begeleiden om een actieve leefstijl thuis voort te zetten. Dit proefschrift en een eerdere onderzoeksrapportage van ReSpAct¹⁰ geven aanknopingspunten om deze begeleiding na revalidatie meer op maat aan te bieden, afgestemd op persoonlijke kenmerken van de patiënt. Met behulp van dezelfde methodologische aanpak beschreven in *hoofdstuk 5* (latente klasse analyses) zijn op basis van patiëntkenmerken (somatische en psychosociaal) de volgende drie patiëntprofielen geïdentificeerd:

- “Laag motivatie” profiel
- “Gunstig psychosociaal” profiel
- “Vroeg gedragsbehoud” profiel

Deze diagnose-overstijgende profielen kunnen aanknopingspunten zijn voor de revalidatiepraktijk om de begeleiding na revalidatie meer op maat aan te bieden. Een dergelijk persoonlijke en wetenschappelijk gefundeerde aanpak kan zowel de revalidatiepraktijk als beleidsmedewerkers helpen om balans te vinden tussen de begeleiding volgens de richtlijnen en deze aan te passen aan

¹⁰ Hoekstra, F., Hoekstra, T. (2017) *Onderzoeksrapportage ReSpAct deel II*. Groningen. Beschikbaar via www.respect.nl.

de individuele wensen en behoeftes van de patiënten (m.a.w. uitvoering volgens richtlijnen versus flexibele benadering). Toekomstig (ReSpAct) onderzoek is uiteraard nodig om de praktische toepasbaarheid van deze patiëntprofielen verder te ontrafelen en beter te begrijpen wat het best werkt voor wie.

Implicaties voor de revalidatiepraktijk

Stimuleren van sport en bewegen

Dit proefschrift onderschrijft het belang om de stimulering van sport en bewegen op een structurele wijze in te bedden in de revalidatiebehandeling. Naast het aanbieden van diverse sport- en beweegactiviteiten is het stimuleren van een gedragsverandering ten aanzien een actieve leefstijl van belang. Het gebruik van een persoonlijk patiënt-georiënteerde gesprekstechniek, zoals Motivational Interviewing, wordt hierbij aangeraden. Een belangrijke voorwaarde voor succes is dat professionals geschoold zijn in Motivational Interviewing. Daarnaast wordt aangeraden om zo vroeg mogelijk tijdens de revalidatiebehandeling te starten met activiteiten om deze gedragsverandering bij patiënten te realiseren.

Implementatie en borging

Om bewegingsstimuleringsactiviteiten op een succesvolle wijze te implementeren en te borgen, raden wij professionals in de revalidatiezorg aan om specifiek aandacht te besteden aan de volgende punten:

- Zorg voor draagvlak en betrokkenheid van (revalidatie)artsen (*hoofdstuk 4 en 6*)
- Implementeer de kernonderdelen van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak en pas deze aan de lokale omstandigheden aan (*hoofdstuk 4*)
- Formuleer een verandervisie die overeenkomt met de kernonderdelen van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak (*hoofdstuk 6*)
- Herinner je collega's (o.a. collega-revalidatieartsen, therapeuten) om een actieve leefstijl bij hun patiënten te bevorderen. Blijf het bestaan van het Sportloket promoten binnen je organisatie (*hoofdstuk 4*)
- Ontwikkel en behoud kennis en vaardigheden. Voor consulenten betekent dit het bijhouden van de vaardigheden in Motivational Interviewing en het hebben van een up-to-date overzicht van alle sport- en beweegmogelijkheden in de omgeving (*dit proefschrift*)
- Monitor en evalueer het implementatieproces binnen je organisatie (*dit proefschrift*)

- Werk samen met professionals binnen en buiten je eigen organisatie om zo kennis en ervaringen met elkaar uit te wisselen (*hoofdstuk 4*).

Conclusie

Dit proefschrift beschrijft een succesvol voorbeeld van de landelijke uitrol van een bewegingsstimuleringsprogramma, genaamd Revalidatie, Sport en Bewegen, voor mensen met een lichamelijk beperking en/of chronische aandoening. Door de sterke theoretische onderbouwing en de wetenschappelijke fundering van het programma in combinatie met de persoonlijke, maar wel 'diagnose-overstijgende' benadering, kunnen de bevindingen van deze studie door een breed publiek gebruikt worden. Dit proefschrift laat zien dat het gebruik van een intensieve, goed voorbereide en veelzijdige implementatiestrategie in combinatie met duidelijke taakbeschrijvingen van betrokken partijen en professionals (bijv. VWS, programma coördinatoren, professionals in revalidatie, onderzoekers) belangrijke ingrediënten zijn voor de succesvolle continuering van het programma na de subsidieperiode. Bij toekomstige landelijke implementatieprocessen raden wij aan om de ondersteuning aan organisaties meer op maat aan te bieden door deze aan te passen aan de beginsituatie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de huidige lokale omstandigheden. De bevindingen van dit proefschrift kunnen overheidsinstanties over de hele wereld inspireren om sport en bewegen te stimuleren bij mensen met een beperking door gebruik te maken van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak die zich richt op de 'vindplaatsen' van de doelgroep (bijv. revalidatiecentra en ziekenhuizen).

Dankwoord

Alleen het dankwoord nog en dan is het af! Dit proefschrift was er natuurlijk nooit geweest zonder bijdrage van een hele hoop anderen.

Om te beginnen het begeleidingsteam. Luc, bedankt dat je me deze kans hebt gegeven om te mogen promoveren op dit prachtige project! Wat ik zeer waardeer in onze samenwerking is je betrokkenheid zowel bij het project als bij mijn persoonlijke ontwikkeling. Cees, jouw inhoudelijke bijdrage aan de opzet en uitvoering van de studie en het schrijven van de artikelen was onmisbaar. Bedankt voor alle korte, maar zeer nuttige en leerzame brainstormsessies. Rienk, zonder jou waren we nog steeds aan het vergaderen. Jij zorgde (of probeerde in ieder geval...) dat er na al het overleggen, ook knopen werden doorgemaakt en afspraken gemaakt werden over de vervolgstappen. Bedankt voor je constructieve manier van werken! Floor, jij hebt bewezen dat een 'dagelijkse begeleider op afstand' geen enkel probleem is, en ook zo z'n voordelen heeft. Bedankt dat ik altijd welkom was (en ben) bij jou en Willem in Essex! Ja, die 'werkbezoeken' waren behalve nuttig en leerzaam, ook heel inspirerend en gezellig!!

En dan de overige leden van het ReSpAct-team. Rolinde, wat waren wij een goed team en wat vulden we elkaar goed aan! Wij hebben samen de hele ReSpAct studie opgezet en alles tot in detail besproken en uitgewerkt. Natuurlijk vind ik het jammer dat we deze samenwerking niet tot het einde van het project hebben voortgezet, maar ik bewonder je om de keuzes die je daarin gemaakt hebt. Ik vind het heel bijzonder dat je nu als paranimf weer betrokken bent, heel erg bedankt daarvoor! Trynke, collega, zus, buurvrouw én paranimf tegelijk, een unieke combinatie! Door jouw betrokkenheid kwamen we als ReSpAct groep weer verder. Er kwam een concreet stappenplan om meer grip te krijgen op die enorme berg data, bedankt daarvoor! Hopelijk komen er in de toekomst nog meer Hoekstra²-papers! Bregje, inmiddels ook wel onderdeel van het ReSpAct-team. Je kwam binnen als student-assistent om mee te helpen met de organisatie van de studie en inmiddels ben je uitgegroeid tot ReSpAct-data expert! Bedankt voor je enorme betrokkenheid en al het werk dat je verricht hebt (en nog gaat doen!).

En natuurlijk wil ik iedereen bedanken die betrokken is geweest bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen en daarmee een bijdrage heeft geleverd aan dit proefschrift: alle consulenten, (revalidatie)artsen, projectleiders, managers, de deelnemende patiënten en de programmacoördinatoren. In het bijzonder wil ik hierbij Marjo en Hans nog noemen. Marjo, bedankt voor al je inhoudelijke adviezen, je kritische opmerkingen en je persoonlijke betrokkenheid. Hans, bedankt voor je enthousiasme, dat werkt aanstekelijk!

Special thanks to my Canadian colleagues: Kathleen Martin Ginis, Mary Ann McColl and Lynn Roberts. Mary Ann and Lynn, thank you for all the exciting discussions we had about the differences between Canada and the Netherlands. I've really enjoyed the experiences of working with you. Kathleen, thank you so much for providing me the opportunity to visit you in Hamilton and to continue working with you! I am so excited about our move to Kelowna and I am very much looking forward to continue working with you and your team at the UBC.

Ook wil ik de leden van de leescommissie bedanken voor de tijd en energie die zij hebben genomen om dit proefschrift te lezen en te beoordelen.

En dan zijn er nog een hele hoop mensen die een belangrijke rol hebben gehad in de totstandkoming van dit proefschrift, maar die ik niet allemaal bij naam kan noemen. In het bijzonder wil ik nog wel alle studenten (29 studenten van 5 verschillende opleidingen) bedanken voor hun werk en inzet. Het was ontzettend leuk om jullie hierin te mogen begeleiden! En verder wil ik alle promovendi bij BW bedanken: jullie zorgden dat ik altijd genoeg en gezellige koffiepauzes had. De leden van het implementatieclubje van de VU wil ik bedanken voor de leuke en inspirerende discussies. En daarnaast alle andere collega's binnen en buiten Groningen die mij hebben geïnspireerd of met wie ik mijn bevindingen heb mogen delen en bediscussiëren. Hierbij wil ik Marjolein en Caroline toch nog bij naam noemen vanwege hun inhoudelijk bijdrage aan de specifieke hoofdstukken in dit proefschrift.

En tot slot natuurlijk ouders, zussen, (schoon)familie en vrienden: allen heel erg bedankt voor jullie interesses, steun en betrokkenheid bij mijn promotietraject.

Heit en Mem, bedankt dat jullie mij altijd steunen in alle keuzes die ik maak en in alle dingen die ik doe. Ik krijg van jullie altijd het advies dat ik nodig heb, en dat helpt mij heel erg.

En tot slot Berry, mijn lieve en wijze man. Jouw rol in de totstandkoming van dit proefschrift is eigenlijk niet uit leggen. Bij problemen, was jij er om me te helpen met het vinden van een oplossing (maakte niet uit waar het over ging). Als ik het niet meer zag zitten, zorgde jij er voor dat ik toch weer doorging en het plezier terug vond. Maar bovenal zorgt jouw liefde en rust ervoor dat ik voldoende ontspan en tijd maak voor andere - niet proefschrift gerelateerde - dingen. Lieve Berry, heel erg bedankt!

Femke

About the author

Femke de Groot-Hoekstra was born on February 17th, 1987 in Seria, Brunei. After completing secondary school (VWO) in Drachten, she studied Human Movement Sciences at the VU University in Amsterdam. In 2009 she received her Bachelor's degree and enrolled in the Research Master Fundamental and Clinical Human Movement Sciences at the same university. During her master program, she participated in the Teacher Training Program for the Upper Secondary Level. She did her teaching internship at the European School of Physiotherapy at the Amsterdam University of Applied Sciences, and she was appointed as teaching assistant at the Faculty of Human Movement Sciences and the Faculty of Earth and Life Sciences, section Methodology and applied biostatistics of the VU University. Femke did her research internship at Rehabilitation Center Reade on the effects of robot-assisted gait training on cardiorespiratory fitness in patients with a spinal cord injury. In 2012, she obtained her Master degree and started working as a PhD-student on the research described in this thesis at the University Medical Centre Groningen (UMCG). Her PhD-project is part of the nationwide longitudinal cohort study ReSpAct (www.respact.nl). Femke will continue her research work as a post-doctoral fellow at the University of British Columbia in Kelowna, Canada. Besides, she will stay involved in the continuation of the ReSpAct-study.



List of publications

International publications (peer-reviewed journals)

Hoekstra F & Hoekstra T, van der Schans CP, Hettinga FJ, ReSpAct-group, van der Woude LHV, Dekker R. The implementation of a physical activity counseling program in rehabilitation care: findings from ReSpAct. *Submitted*.

Hoekstra F, van Offenbeek MAG, Dekker R, Hettinga FJ, Hoekstra T, ReSpAct-group, van der Woude LHV, van der Schans CP Implementation fidelity trajectories of a health promotion program in multidisciplinary settings: managing tensions in rehabilitation care. *Submitted*.

Hoekstra F, Roberts L, van Lindert C, Martin Ginis KA, van der Woude LHV, McColl MA. National approaches to promote sports and physical activity in adults with disabilities: examples from the Netherlands and Canada. *Submitted*.

Seves BL, **Hoekstra F**, Schoenmakers J, Hoekstra T, Hettinga FJ, Dekker R, Van der Woude LHV, Van der Schans CP Validity and reproducibility of the Short Questionnaire to Assess Health-enhancing physical activity (SQUASH), adapted for adults with a chronic disease or physical disability. *Submitted*.

Hoekstra T, Alingh RA, de Vries HS, Bes R, **Hoekstra F**, van der Schans CP, Dekker R, Hettinga FJ, Lucas H. V. van der Woude LHV. A questionnaire to assess rehabilitation patients' experiences with motivational interviewing consultation in the context of physical activity stimulation. *Submitted*.

Hoekstra F, Hettinga FJ, den Breejen M, Duijf M, van der Woude LH, Dekker R, van der Schans CP. Professionals' perceptions on facilitating and hampering factors to the implementation and continuation of a physical activity promotion program in rehabilitation: a qualitative study. *J Rehabil Med.* 2017 May 16;49(5):385-394.

Hoekstra F, Hettinga FJ, Alingh RA, Duijf M, Dekker R, van der Woude LH, van der Schans CP. The current implementation status of the integration of sports and physical activity into Dutch rehabilitation care. *Disabil Rehabil.* 2015:1-6.

Alingh RA, **Hoekstra F**, van der Schans CP, Hettinga FJ, Dekker R, van der Woude LH. Protocol of a longitudinal cohort study on physical activity behaviour in physically disabled patients participating in a rehabilitation counselling programme: ReSpAct. *BMJ Open*. 2015;5(1):e007591.

Hoekstra F, Alingh RA, van der Schans CP, Hettinga FJ, Duijf M, Dekker R, van der Woude LHV. Design of a process evaluation of the implementation of a physical activity and sports stimulation programme in Dutch rehabilitation setting: ReSpAct. *Implementation science* 2014;9(1):127.

Hoekstra F, van Nunen MP, Gerrits KH, Stolwijk-Swüste JM, Crins MH, Janssen TW. Effect of robotic gait training on cardiorespiratory system in incomplete spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2013;50(10):1411-22.

Van der Woude LHV, de Groot S, Bijker KE, Janssen TWJ, Hettinga FJ, Houdijk H, Dekker R, van Aanholt PC, **Hoekstra F**. 4th International State-of-the-art-congress 'Rehabilitation: Mobility, Exercise & Sports'. *Disabil Rehabil*. 32(26):2149-54.

Other publications

Alingh RA, **Hoekstra F**, van der Schans CP, Hettinga FJ, Dekker R, van der Woude LHV. ReSpAct: a dose-response study into a person-tailored physical activity and sports stimulation program for patients. *Rehabilitation: Mobility, Exercise and Sports: Proceedings of the 5th international State-of-the-Art Congress 2014*. Groningen.

Hoekstra F, Alingh RA, van der Schans CP, Hettinga FJ, Duijf M, Dekker R, van der Woude LHV. ReSpAct: The implementation of a physical activity and sports stimulation program in Dutch rehabilitation. *Rehabilitation: Mobility, Exercise and Sports: Proceedings of the 5th international State-of-the-Art Congress 2014*. Groningen.

Hoekstra F, Habers E, Janssen TWJ, Verhaasdonk RM, Meijer JH. Relationship between the Initial Systolic Time Interval and RR-interval during an exercise stimulus measured with Impedance Cardiography. Journal of Physics: Conference Series 2010.

Meijer JH, **Hoekstra F**, Habers E, Janssen TWJ. Dynamic Response of the Initial Systolic Time Interval to a Breathing Stimulus measured with Impedance Cardiography. Journal of Physics: Conference Series. 2010;224(1).

Dutch publications and reports

Hoekstra F, Hoekstra T, Bregje S. Onderzoeksrapportage ReSpAct Deel III, Onderzoeksgroep ReSpAct; september 2017

Hoekstra F, Hettinga FJ, Duijf M, Hoekstra T, van der Schans CP, Dekker R, van der Woude LHV. Evaluatie op organisatieniveau Landelijke implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen, Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde, Februari 2017

Hoekstra F, Hoekstra T. Onderzoeksrapportage ReSpAct Deel II, Onderzoeksgroep ReSpAct; januari 2017

Hoekstra F, Hoekstra T. Onderzoeksrapportage ReSpAct: CVA en chronische pijn, Onderzoeksgroep ReSpAct; augustus 2016

Hoekstra F., Hoekstra T. Onderzoeksrapportage ReSpAct Deel I, Onderzoeksgroep ReSpAct; april 2016

Hoekstra F. Monitor Rapportage Revalidatie, Sport en Bewegen: structureel een actieve leefstijl voor revalidanten; eindrapportage Onderzoeksgroep ReSpAct; 2016

Hoekstra F. Monitor Rapportage Revalidatie, Sport en Bewegen: structureel een actieve leefstijl voor revalidanten; tussenrapportage. Onderzoeksgroep ReSpAct; 2014

Alingh RA, **Hoekstra F**. Monitor Rapportage Revalidatie, Sport en Bewegen: structureel een actieve leefstijl voor revalidanten. Onderzoeksgroep ReSpAct; 2014

Schijvens L, Alingh RA, Duijf M, **Hoekstra F**, Leutscher H. Handboek Revalidatie, Sport en Bewegen. Tweede druk. Bunnik: Stichting Onbeperkt Sportief; 2014

Hoekstra F, Smit A, Hettinga FJ. Effecten van intervaltraining op de VO₂-respons. Prestatieverbetering mogelijk bij zeer getrainde duursporters? Sportgericht. 2010;64(4):45-8.

Research Institute SHARE

This thesis is published within the **Research Institute SHARE** (Science in Healthy Ageing and healthcaRE) of the University Medical Center Groningen / University of Groningen.

Further information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: <http://www.share.umcg.nl/>

More recent theses can be found in the list below.

((co-) supervisors are between brackets)

2017

Schenk HM

Affect and physical health; studies on the link between affect and physiological processes

(prof JGM Rosmalen, prof P de Jonge, prof JPJ Slaats)

Wilk AD van der

Patient centered development and clinical evaluation of an ankle foot orthosis

(prof GJ Verkerke, prof K Postema, dr JM Hijmans)

Koorevaar R

Psychological symptoms and clinical outcome after shoulder surgery

(prof SK Bulstra)

Beijersbergen CMI

Effects of lower extremity power training on gait biomechanics in old adults; the Potsdam Gait Study (POGS)

(prof T Hortobagyi, prof P DeVita, prof U Granacher)

Islam Md A

Statistical approaches to explore clinical heterogeneity in psychosis

(prof ER van den Heuvel, dr R Bruggeman, dr BZ Alizadeh)

Dallinga JM

Injury prevention in team sport athletes

(*prof KAPM Lemmink, dr A Benjaminse*)

Geboers BJM

Understanding the role of health literacy in self-management and health behaviors among older adults

(*prof SA Reijneveld, prof CJM Jansen, dr AF de Winter*)

Zult TD

Inter-limb mechanisms and clinical relevance of cross-education in humans

(*prof T Hortobagyi, prof G Howatson, dr CAT Zijdewind, dr JP Farthing*)

Eilers R

In search of healthy ageing; the willingness of older adults to receive vaccination

(*prof E Buskens, dr HE de Melker, dr PFM Krabbe*)

Monden R

Deconstruction depression; a 3d perspective

(*prof P de Jonge, dr KJ Wardenaar, dr A Stegeman*)

Daud NAA

Paving ways for personalizing drug therapy during pregnancy; a focus on the risk of drug teratogenicity

(*prof B Wilffert, dr JEH Bergman*)

Spoorenberg SLW

Embracing the perspectives of older adults in organising and evaluating person-centred and integrated care

(*prof SA Reijneveld, prof HPH Kremer, dr K Wynia*)

Uittenbroek RJ

Impact of person-centered and integrated care for community-living older adults on quality of care and service use and costs

(*prof SA Reijneveld, prof HPH Kremer, dr K Wynia*)

Folbert E

Geriatric traumatology; the effectiveness of integrated orthogeriatric treatment on 1-year outcome in frail elderly with hip fracture

(prof JPJ Slaets, prof HJ ten Duis, dr JH Hegeman)

Panman CMCR & Wiegersma M

Pelvic organ prolapse; conservative treatments in primary care

(prof MY Berger, dr JH Dekker)

Postema SG

Upper limb absence; effects on body functions and structures, musculoskeletal complaints and functional capacity

(prof CK van der Sluis, prof MF Reneman, dr RM Bongers)

Adrichem EJ van

Physical activity in recipients of solid organ transplantation

(prof CP van der Schans, prof PU Dijkstra, dr R Dekker)

Luten KA

Development and evaluation of a community-based approach to promote health-related behavior among older adults in a socioeconomically disadvantaged community

(prof A Dijkstra, prof SA Reijneveld, dr AF de Winter)

Setiawan D

HPV vaccination in Indonesia; a health-economic & comparative perspective

(prof MJ Postma, prof B Wilffert, dr JA Thobari)

Sluis A van der

Risk factors for injury in talented soccer and tennis players; a maturation-driven approach

(prof C Visscher, dr MT Elferink-Gemser, dr MS Brink)

Bouwman MEJ

A sad day's night; the dynamic role of sleep in the context of major depression.

(prof P de Jonge, prof AJ Oldehinkel)